



**WELL CHILD EXAM - EARLY
CHILDHOOD: 3 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

NIÑEZ TEMPRANA: 3 AÑOS

**A SER COMPLETADO POR
EL PADRE/LA MADRE
ACERCA DEL NIÑO(A)**

NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR:	FECHA DE NACIMIENTO
ALERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES	
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:10%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width:10%; text-align: center;">NO</td> <td style="width:80%;">Mi niño(a) come una variedad de alimentos.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Mi niño(a) sabe su nombre, edad y sexo.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Mi familia entiende el habla de mi niño(a).</td> </tr> </table>	Sí	NO	Mi niño(a) come una variedad de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) sabe su nombre, edad y sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi familia entiende el habla de mi niño(a).	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:10%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width:10%; text-align: center;">NO</td> <td style="width:80%;">Mi niño(a) puede dar un brinco con los pies juntos.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Mi niño(a) no se moja en la noche la mayoría de las veces.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Mi niño(a) ve y escucha bien.</td> </tr> </table>	Sí	NO	Mi niño(a) puede dar un brinco con los pies juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) no se moja en la noche la mayoría de las veces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) ve y escucha bien.
Sí	NO	Mi niño(a) come una variedad de alimentos.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) sabe su nombre, edad y sexo.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi familia entiende el habla de mi niño(a).																							
Sí	NO	Mi niño(a) puede dar un brinco con los pies juntos.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) no se moja en la noche la mayoría de las veces.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) ve y escucha bien.																							

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM./IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	---------------------------	----------------

<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history
--	---

Screening:	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
Vision Screen	20/	_____	20/ _____

Development: Circle area of concern

Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Fine Motor
Gross Motor	Social/Emotional	
	N A	
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Physical:	N	A	N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes (Cover/Uncover)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

<input type="checkbox"/> Review Immunization Record	<input type="checkbox"/> Lead Exposure
<input type="checkbox"/> Fluoride Supplements	<input type="checkbox"/> Fluoride Varnish
<input type="checkbox"/> Hct/Hgb _____	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Child Care	<input type="checkbox"/> Development
<input type="checkbox"/> Regular Physical Activities	<input type="checkbox"/> Car Seat/Booster Seat	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules	<input type="checkbox"/> Books/Reading
<input type="checkbox"/> Passive Smoking	<input type="checkbox"/> Limit TV	<input type="checkbox"/> Friendship/Siblings
<input type="checkbox"/> Other: _____		

Assessment/Plan: _____

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT: 4 YEARS OF AGE

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (3 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Washes and dries hands. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Imitates vertical line. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 animal pictures (e.g., cat, dog, bird, horse).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identifies 2 animal pictures: "Which flies? Meows? Barks? Gallops?" |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Throws ball overhand.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Pedals tricycle.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Ask why?</u> |

- Persistent echolalia (repeating what was just said).
 - Inappropriate play with toys/no pretend play.
 - Any loss of language or social skills.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, on *even one* of the underlined items, or one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**

La salud de su niño(a) a los 3 años

Indicadores de logros

Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 3 y 4 años de edad.

Puede cantar una canción simple.

Cuenta cosas que hizo.

Sabe su primer nombre y apellido.

Arma torres de 9 a 10 bloques.

Salta y brinca en un pie.

Trata de dibujar una persona con varias partes (como cabeza, cuerpo y piernas).

Juega juegos simples con amigos, comienza a compartir juguetes.

Disfruta de rompecabezas con dibujo simples.

Ayuda a su niño(a) a aprender nuevas aptitudes jugando con él/ella.

Para ayuda o más información

Aprenda resucitación cardiopulmonar (CPR) para infantes y niños y primeros auxilios:

Pregunte sobre clases en su estación de bomberos local o en el departamento de salud.

Preguntas sobre asiento infantil para automóvil o asiento de refuerzo para automóvil:

Coalición para Restricción de Seguridad, 1-800-BUCK-L-UP (voz) o 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión).

Exploración gratis de desarrollo:

Línea de información y derivación para Healthy Mothers, Healthy Babies (Madres Sanas, Bebés Sanos), 1-800-322-2588 (voz) o 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión).

Habilidades o apoyo para la crianza: Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Recursos para familias del noroeste, 1-888-746-9568 Clases en el Colegio Comunitario local

Consejos de salud

El agua es una bebida sana. Sírvala en lugar de bebidas dulces junto con bocadillos. Su niño(a) todavía necesita cerca de dos tazas de leche cada día.

Ofrézcale una variedad de frutas y vegetales diariamente.

Ayude a su niño(a) a cepillarse los dientes todos los días. Use una pequeña cantidad de pasta dental con flúor. Lívelo(a) a exámenes dentales al menos una vez al año.

Enseñe a su niño(a) a lavarse bien las manos después de jugar, usar el retrete y antes de comer. Use jabón y frote las manos una con otra durante 20 segundos por lo menos.

Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Los niños aprenden mejor haciendo. Ellos necesitan:

- Jugar activamente (a perseguirse, a la pelota, andar en juguetes con ruedas, escalar)
- Jugar juegos usando la imaginación (con muñecas, juguetes de figuras, libros de cuentos)
- Usar juguetes con los que usen las manos (bloques, rompecabezas grandes)

Limite el tiempo en frente del televisor y la computadora a una hora por día.

Léale a su niño(a) todos los días. Hable con él sobre los dibujos y el cuento.

Usted es el mejor maestro para su niño(a). Éste(a) observa cómo usted trata a los demás, su manera de comer, hacer ejercicio, relajarse, usar el cinturón de seguridad y cruzar la calle. Él/ella trata de ser como usted.

Consejos de seguridad

Revise su hogar a menudo para detectar peligros. Su niño(a) no es lo suficientemente grande para mantenerse alejado(a) de cosas que pueden producirle daño, como fósforos, armas y venenos. ¡Guárdelos bajo llave!

Continúe usando una silla infantil para automóvil hasta que su niño(a) pese 40 libras. Después de eso, utilice una silla de refuerzo para automóvil hasta cerca de las 80 libras. Mantenga a su niño(a) en el asiento trasero.

Asegúrese de que use un casco cuando ande en bicicleta, triciclo, patineta, u otros juguetes con ruedas.